

様式第 1 号(第 4 条関係)

**定期 A 類**

## 定期予防接種予診票(交付・再交付)申請書

被接種者 氏名	フリガナ	生年月日	電話番号
		H 年 月 日 ( 歳 月)	
住 所	行方市		

(1) 予防接種の種類(希望する接種項目に○を付けてください。)

	ヒブワクチン 初回①		ヒブワクチン 初回②		ヒブワクチン 初回③		ヒブワクチン 追加
	小児用肺炎球菌 初回①		小児用肺炎球菌 初回②		小児用肺炎球菌 初回③		小児用肺炎球菌 追加
	四種混合 1 期 初回①		四種混合 1 期 初回②		四種混合 1 期 初回③		四種混合 1 期 追加
	水痘 1 回		水痘 2 回		麻しん風しん (MR) 1 期		麻しん風しん (MR) 2 期
	日本脳炎 1 期 初回-①		日本脳炎 1 期 初回-②		日本脳炎 1 期 追加		日本脳炎 2 期
	BCG		二種混合(DT) 2 期				
	上記以外の予防接種 不活化ポリオ ( 回) / 子宮頸がん( 回)						

(2) 申請理由

① 紛失 ② 転入 ③ その他( )

上記のとおり定期予防接種予診票の再交付を申請します。

年 月 日

行方市長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印